



## بررسی جنبه‌های شخصیتی در بیماران مبتلا به اختلال هراس

دکتر حسن حق‌شناس<sup>\*</sup>، دکتر سید مسعود موسوی‌نسب<sup>\*\*</sup>، دکتر رابرت فرنام<sup>\*\*\*</sup>

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر به منظور بررسی ویژگی‌های شخصیتی که می‌تواند تأثیر نامطلوبی بر عملکرد، سطح سلامت فرد، بروز اختلال هراس و سیر و پیش‌آگهی آن داشته باشد، انجام گردیده است. **روش:** ۵۱ نفر از افراد مبتلا به اختلال هراس با ۵۱ نفر افراد بهنجار به کمک فرم تجدیدنظرشده آزمون شخصیتی نئو (NEOPI-R) مورد مقایسه قرار گرفتند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال هراس استعداد بیشتری برای تجربه اضطراب، غم، خشم، احساس گناه و آسیب‌پذیری از استرس دارند، کمتر برونگرا هستند ولی به‌خوبی افراد بهنجار توانایی کنترل تکانه‌های خود را دارند. این افراد بیشتر دوست دارند زندگی باثبات داشته باشند و علاقه‌ای به تجربه هیجان ندارند. **نتیجه:** این پژوهش نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی گروه مبتلا به اختلال هراس با گروه C اختلال شخصیتی، همخوانی بیشتری دارد.

### کلید واژه: اختلال هراس، پانیک، شخصیت، آزمون نئو، اجتنابی

### مقدمه

زیادی است، و به این پرسش که آیا جنبه‌های خاص شخصیت، نگرش و باورهای فرد در مستعدکردن وی برای ابتلاء به این اختلال وجود دارد یا نه پاسخ روشن داده نشده است. بروکز<sup>۱</sup>، بالتازار<sup>۲</sup> و مون‌جک<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) یک ارتباط

به دلیل تأثیر نامطلوب اختلال هراس به ویژه موارد شدید آن در عملکرد و سطح سلامت فرد و همچنین مشکلات درمانی آن بررسی جنبه‌های مختلف شخصیتی که از یکسو می‌تواند زمینه‌ساز اختلال باشد و از سوی دیگر بر سیر و پیش‌آگهی آن اثر بگذارد دارای اهمیت

\*دکترای تخصصی روانشناسی بالینی و نوروپسیکولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شیراز. شیراز، بلوار ایبوردی، بیمارستان حافظ، بخش روانپزشکی (نویسنده مسئول).

\*\*روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شیراز. شیراز، بلوار ایبوردی، بیمارستان حافظ، بخش روانپزشکی.

\*\*\*روانپزشک، سازمان بهزیستی استان فارس. شیراز، کوی زهرا، مرکز درمان معتادین خودمعرف.

معنی دار میان ویژگی‌های شخصیتی وابسته و اجتنابی با احتمال ابتلاء به اختلال هراس را گزارش کردند. همچنین ریخ<sup>۱</sup>، نویس<sup>۲</sup> و تروکتون<sup>۳</sup> (۱۹۸۷) نشان دادند که بر پایه معیارهای DSM-IV احتمال وجود اختلال شخصیتی مربوط به خوشه سوم (اجتنابی، وابسته، وسواسی) در گروه بیماران مبتلا به اختلال هراس بالاتر است. برخی از پژوهشها نیز نشان داده‌اند که هیچکدام از اختلالهای شخصیتی گزارش شده در معیارهای تشخیصی DSM و ICD در این بیماران با افراد طبیعی تفاوت معنی داری ندارند (یاگر<sup>۴</sup>، جیتلین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵؛ میو<sup>۶</sup>، گلدر<sup>۷</sup>، کاث<sup>۸</sup>، کوون<sup>۹</sup>، ۱۹۹۶؛ ابی<sup>۱۰</sup>، سالواتور<sup>۱۱</sup> و جرمی<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۵). در طی سالهای اخیر بسیاری از پژوهشگران کوشیده‌اند از معیارهای نوینی که بر پایه دیدگاههای شناخت درمانی شکل یافته بهره گیرند. برای نمونه روث<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۶) مسأله را از نظر وابستگی اجتماعی مورد توجه قرار دادند و دریافتند که بیش از ۵۰ نفر از کل ۹۰ بیمار مورد بررسی ایشان دارای وابستگی شدید و غیرعادی بوده‌اند، به‌طوریکه زندگی اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار داده و دارای احساس اطمینان بسیار شکننده‌ای بوده‌اند. این افراد خود قدرت تصمیم‌گیری بسیار کمی داشته‌اند. این بررسی نشان داد که ۱۵ نفر از کل ۹۰ نفر به علت این مشکل بسیار ناتوان شده‌اند. همچنین نشان داده شد که در ۲۴ نفر از کل ۹۰ بیمار هیچگاه نشانه‌های اضطرابی قطع نگردیده است و تشخیص خاصی هم در محور I یافت نشد. به بیان دیگر بیشتر، ویژگی شخصیت مضطرب (محور II تشخیص) مطرح می‌شود (روث ۱۹۹۶، آرچیل<sup>۱۴</sup> و روث ۱۹۸۹).

در بررسیهای اخیر نشان داده شده بیمارانی که دچار درد قفسه سینه هستند ولی در بررسی عروق کرونر مشکلی ندارند دارای سطح عصبی بودن<sup>۱۵</sup> و خودبیمارانگاری<sup>۱۶</sup> بیشتری هستند (رادر<sup>۱۷</sup>، ایوانس<sup>۱۸</sup> و مانی<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۰). بررسیهای اخیر نشان داده‌اند که از نظر جنبه‌های شناختی، عصبی بودن این گروه از بیماران دارای نمره‌ای بیش از افراد عادی اجتماع، افراد افسرده

و بیماران داخلی هستند (هالی فیلد<sup>۲۰</sup>، کاتون<sup>۲۱</sup>، اسکی پر<sup>۲۲</sup>، چاپمن<sup>۲۳</sup>، بالنگر<sup>۲۴</sup> و منوزا<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۷).

هدف از این پژوهش بررسی ساختار و چگونگی ویژگیهای شخصیتی افراد مبتلا به اختلال هراس با استفاده از فرم تجدید نظر شده آزمون نئو<sup>۲۶</sup> (کاستا<sup>۲۷</sup> و مکر<sup>۲۸</sup>، ۱۹۹۲؛ حق شناس، ۱۳۷۸) بوده است. این آزمون شخصیتی دارای پنج شاخص اصلی عصبیت (بی ثباتی هیجانی)، برونگرایی<sup>۲۹</sup>، باز بودن تجربه‌ها<sup>۳۰</sup>، توافق<sup>۳۱</sup> و وجدانی بودن<sup>۳۲</sup> است. هر یک از این ۵ شاخص دارای ۶ مقیاس است. برای نمونه شاخص عصبیت دارای مقیاس‌های اضطراب، خشم و کینه، افسردگی، احساس تقصیر (حساسیت به خویشتن)، تکانشوری و آسیب‌پذیری در برابر استرس می باشد. این آزمون دارای ویژگیهایی است که آنرا به عنوان یک آزمون معتبر ارزیابی شخصیت در بررسیهای روانشناسی بالینی نوین مشخص می نماید (کاستا و مکر، ۲۰۰۰).

فرضیه نخست این پژوهش آن بود که بین بیماران مبتلا به اختلال هراس و افراد بدون سابقه روانپزشکی تفاوت‌های معنی داری در نمرات شاخص‌ها و مقیاس‌های فرم تجدیدنظر شده آزمون نئو وجود دارد. فرضیه دوم این پژوهش به تفاوت افراد بیمار و سالم در مقیاسهای (یا زیر شاخص‌ها) عصبیت و

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1- Rieck                                | 2- Noyes              |
| 3- Troughton                            | 4- Yager              |
| 5- Gitlin                               | 6- Meyou              |
| 7- Gelder                               | 8- Gath               |
| 9- Cowen                                | 10- Abby              |
| 11- Salvatore                           | 12- Jerney            |
| 13- Roth                                | 14- Argyl             |
| 15- neuroticism                         | 16- hypochondriasis   |
| 17- Rader                               | 18- Evans             |
| 19- Maninen                             | 20- Hollifield        |
| 21- Katon                               | 22- Skipper           |
| 23- Chapman                             | 24- Ballenger         |
| 25- Mannuzza                            |                       |
| 26- Neuroticism Extroversion Oppenness  |                       |
| Personality Inventory Revised (NEOPI-R) |                       |
| 27- Costa                               | 28- McRae             |
| 29- extraversion                        | 30- openness          |
| 31- agreeableness                       | 32- conscientiousness |

برونگرایی مربوط می‌شد. نمره هر شاخص از حاصل جمع نمرات مقیاس‌های همان شاخص به دست می‌آید. بنابراین یک مدل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل اطلاعات بکار برده شد. برای این مدل ۵ عامل به عنوان مجموعه عوامل اول و ۶ عامل به عنوان مجموعه عوامل دوم تعریف شد. برای سنجش فرضیه‌ها نتیجه تحلیل تعامل گروه‌ها (بیمار- سالم) و نمرات شاخص‌ها (۵ شاخص) مورد نظر قرار گرفت.

## روش

این پژوهش یک بررسی مقطعی بوده و بیماران دچار اختلال هراس مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز را در فاصله زمانی بین آذر ۱۳۷۵ تا اسفند ۱۳۷۶ با افراد بدون سابقه اختلال روانپزشکی مقایسه نموده است. آزمودنی‌های پژوهش را ۵۱ فرد دچار اختلال هراس و ۵۱ نفر عادی تشکیل داده‌اند. گروه بیمار بر اساس مصاحبه بالینی نیمه‌ساختار یافته، تأیید تشخیص اختلال هراس توسط دو روانپزشک و جلب رضایت بیماران مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزار پژوهش را فرم تجدیدنظرشده آزمون نئو تشکیل داده است. بیماران پاسخ‌های خود را بر روی پاسخنامه استاندارد آزمون مشخص می‌کردند. برای بیماران زیر ۹ کلاس تحصیلات رسمی، تک‌تک جملات توسط آزمایشگر خوانده می‌شد و پاسخ آزمودنی را آزمایشگر در پاسخنامه قید می‌کرد. برای بیماران بالای ۹ کلاس، پس از توضیح شیوه اجراء پرسشنامه، خود آزمودنی به سؤالات پاسخ می‌داد و در صورت داشتن اشکال در درک پرسشها می‌توانست از آزمونگر پرسیده و پاسخ لازم را دریافت کند. برای اطمینان از درک آزمودنیها از شیوه پاسخ‌دادن به پرسشنامه پس از پایان کار درباره شماری از عبارتهای پرسشنامه با او گفتگو می‌شد و نظریه ابرازشده توسط وی با پاسخ ارائه شده در پاسخنامه مقایسه می‌گردید.

همزمان یک گروه از میان عیادت‌کنندگان بیماران بخش‌های زنان، روماتولوژی و روانپزشکی بیمارستان حافظ شیراز و یا یکی از بستگان بیمار که سابقه مراجعه به روانپزشک نداشت انتخاب و از آنان دعوت به عمل می‌آمد که پرسشنامه را تکمیل نمایند. این افراد از نظر برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی با گروه بیماران دچار اختلال هراس هم‌تاسازی شدند. استخراج نتایج آزمون بر پایه راهنمای کاستا و مکری (۱۹۹۲) و بکاربردن کلید استاندارد آزمون انجام گردید. در این شیوه نخست نمره هر مقیاس از ۳۰ مقیاس آزمون بدست آمده و با جمع کردن نمره ۶ مقیاس هر شاخص، نمره هر یک از ۵ شاخص اصلی بدست می‌آید. این آزمون در ایران توسط حق‌شناس (۱۳۷۸) بر روی ۵۰۲ نفر از افراد بدون سابقه روانپزشکی هنجاریابی گردیده و ضرایب آلفای کرونباخ برای تعیین ثبات درونی برای ۵ شاخص اصلی بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۳ و ثبات بازآزمایی بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۶ در فاصله میانگین ۶/۷ ماه بدست آمده است.

تعاریف زیر از کتابچه فرم تجدیدنظرشده آزمون نئو (کاستا و مکری ۱۹۹۲) برای افراد دارای نمرات بالا یا پائین برگرفته شده است.

۱- N برای نمره بی‌ثباتی هیجانی بالا: وجود احساسات منفی همچون ترس، غم، برانگیختگی، خشم، احساس گناه و سردرگمی دائمی و فراگیر و دارای درجات انطباق ضعیف‌تر با دیگران و شرایط استرس‌زا.

۲- E برای نمره برونگرایی پائین: محافظه‌کار و تک‌رو، بیشتر خجالتی.

۳- O برای نمره پائین در بازبودن به تجربه‌ها: متعارف و محافظه‌کار، ترجیح موارد رایج بر نادر، دارای دیدگاه‌ها و طیف علائق محدود. ۴- N1 اضطراب بالا: نگران، مستعد ترس و نگرانی، عصبی، پرتنش.

۵- N2 خشم و کینه بالا: خشم و کینه نهفته (با توجه به عدم صعود نمره مقیاس تکانشوری).

۶- N3 افسردگی بالا: مستعد احساس گناه، غم و نوبیدی، به راحتی مأیوس و سرخورده شدن.

۷- N4 احساس تقصیر بالا: خجالتی و مستعد دست‌پاچگی، راحت نبودن در موقعیت‌های بین فردی، حساس به برخورد دیگران و مستعد احساس حقارت.

۸- N5 آسیب‌پذیری از استرس: ناتوانی در انطباق مناسب با استرس‌های روزمره. در موقعیت‌های فوق‌العاده و استرس‌زا به طور اجباری به دیگران متوسل شدن یا ناامید و وحشت‌زده گردیدن.

۹- E3 نمره پائین در قاطعیت: اشکال در بروز احساسات منفی و مثبت و دفاع از حقوق فردی، تمایل به در متن نبودن. به جای سخنگو بودن علاقمند به شنونده بودن.

۱۰- E5 نمره کم در هیجان‌جویی: عدم نیاز به پیداکردن احساس هیجان، شیوه زندگی آرام و بی‌تنوع.

۱۱- E6 نمره کم در عواطف مثبت: افرادی شلوغ، پر سر و صدا و مثبت نبودن. چنانچه نمره بی‌ثباتی هیجانی بالا و نمره E برونگرایی پائین باشد این افراد شادمانی و رضایت از زندگی ندارند.

۱۲- O4 نمره پائین در علاقه به فعالیت‌های جدید: مقاوم در مقابل تغییر و ترجیح موارد امتحان‌شده نسبت به موارد جدید.

۱۳- O5 نمره پائین در علائق فلسفی و ذهنی: کنجکاوی محدود.

۱۴- O6 نمره پائین در انعطاف‌پذیری در ارزش‌ها: عدم تمایل به بازبینی ارزش‌های اجتماعی، سیاسی و غیره، محافظه‌کار.

۱۵- A1 نمره پائین در اعتماد: بدبین و بدگمانی نسبت به دیگران (برداشت با احتیاط).

۱۶- A6 نمره بالا در درک دیگران: فعال در جهت برآوردن نیاز دیگران و تأکید بر جنبه‌های انسانی سیاست‌های اجتماعی (برداشت با احتیاط).

تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS و بکارگیری روش تحلیل عوامل با اندازه‌گیری مکرر<sup>۱</sup> و برای سنجش تغییرات نمرات شاخص‌ها و زیر شاخص‌ها برحسب جنسیت در دو گروه بیمار و عادی به کمک آزمون t برای گروههای مستقل انجام گردید.

### یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در زمینه میانگین و انحراف معیار سن و مدت تحصیلات آزمودنیهای پژوهش و نتایج آزمون t اجرا شده در جدول ۱ ارائه گردیده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد، در زمینه سن و میزان تحصیلات، دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته‌اند.

نتایج تحلیل واریانس نمرات آزمودنی‌های پژوهش با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۲ ارائه گردیده است. در این بررسی متغیر وابسته، نمرات آزمودنی در مقیاس‌ها (۳۰ مورد) و متغیرهای مستقل عبارت بودند از گروه تشخیصی (گواه - بیمار) و جنسیت (مرد - زن).

تحلیل میان گروهی<sup>۲</sup> نشان داد که دو گروه (بیمار-گواه) تفاوت معنی‌داری در نمرات ندارند. همچنین در زنان و مردان نیز تفاوت معنی‌داری دیده نشد. تعامل گروه و جنسیت نیز معنی‌دار نبود.

این بررسی نشان داد که تعامل میان متغیرها تأثیرات آماری معنی‌داری را بر نمرات شاخص‌ها ایجاد می‌نماید (جدول ۳).

نتایج دیگر نشان داد که عامل جنسیت بر عوامل دیگر همچون گروه و نمرات شاخص‌ها نیز تأثیری نداشته و تفاوت آماری ایجاد نمی‌کند اما عامل گروه با نمره شاخص‌ها تعامل معنی‌دار دارند و تعامل سه متغیر گروه، شاخص و مقیاس نیز معنی‌دار بود ( $P < 0/01$ ).

1- repeated measure analysis of variance

2- between subjects effect

جدول ۱- برخی ویژگیهای جمعیت نمونه‌های مورد پژوهش

متغیر	بیمار	کنترل		نمره	سطح معنی داری
		میانگین	انحراف معیار		
سن به سال	۲۸/۴	۶/۶۳	۲۸/۷	۰/۲۵	N.S.
تحصیلات به سال	۱۰/۲	۳/۷۸	۱۰/۸	۰/۸۷	N.S.

جدول ۲- نتایج تحلیل عوامل چندمتغیره برای

اندازه‌گیری مکرر تغییرات میان گروهی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	برآورد F	سطح معنی داری
گروهها	۳۹/۹	۱	۳۹/۴	۰/۸۵	N.S.
جنسیت	۱۲۹/۶	۱	۱۲۹/۶	۲/۷	N.S.
گروه × جنسیت	۳۶/۵	۱	۳۶/۵	۰/۷۸	N.S.
خطا	۴۵۸۵/۵	۹۸	۴۶/۸	—	—

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای

اندازه‌گیری مکرر درون گروهی

متغیر	درجه آزادی	درجه آزادی	خطا	F	سطح معنی داری
شاخص‌ها	۴	۹۵	۲۱	۰/۰۰۱	
گروه × شاخص‌ها	۴	۹۵	۹/۳۴	۰/۰۰۱	
جنسیت × شاخص‌ها	۴	۹۵	۱/۸۶	N.S.	
گروه × جنسیت × شاخص‌ها	۴	۹۵	۱/۱۶	N.S.	

(F=۲/۳۱). بدین ترتیب دو امکان عمده برای تحلیل بعدی بدست آمد: نخست اینکه کل نمونه بیمار و غیر بیمار مورد تحلیل قرار گیرد، دوم اینکه یک رشته

آزمون‌های t مستقل برای مقایسه نمرات گروه‌ها در شاخص‌ها و مقیاس‌ها به عنوان پس‌آزمون بکار رود.

نتایج تحلیل یادشده در جدول ۴ نشان داده شده است. در این جدول تنها مقیاس‌ها و شاخص‌هایی که دارای نمره‌های متفاوت در دو گروه بوده‌اند نشان داده شده است.

مطالب جدول ۴ نشان می‌دهد که بیماران دچار اختلال هراس دارای نمره‌های بیشتری در شاخص‌های ثبات هیجانی (اضطراب، افسردگی، کینه، احساس تقصیر و آسیب‌پذیری از استرس) هستند و در شاخص‌های ثبات برونگرایی (قاطعیت، هیجان‌جویی و عواطف مثبت) دارای نمره کمتری نسبت به گروه گواه می‌باشند. همچنین بیماران در شاخص بازبودن به تجربه‌ها (علاقه به فعالیت‌های جدید، دلبستگی‌های ذهنی و فلسفی و انعطاف‌پذیری در ارزشها) دارای نمره کمتری هستند. هر چند که پس‌سنجی<sup>۱</sup> برای شاخص توافق از نظر روش‌شناسی جایز نبود ولی آزمون t نشان داد که نمره‌های بیماران در مقیاس اعتماد کمتر از گروه گواه بود اما در شاخص درک دیگران نمرات بیشتری نسبت به گروه گواه به دست آوردند.

همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بیشترین علائم، در گروه سوم اختلالهای شخصیت دیده می‌شود. بدین ترتیب که بالابودن شاخص بی‌ثباتی هیجانی آزمودنی‌ها و پایین‌بودن موارد برونگرایی، تمایل تشخیص تیپ شخصیت به نوع اجتنابی باز می‌گردد.

جدول ۴- مشخصات آماری گروههای گواه ( $n=51$ ) و بیمار ( $n=51$ ) در شاخص‌ها و مقیاسهای فرم تجدیدنظرشده

آزمون نتو (NEOPI-R)

شاخص یا مقیاس	گروهها	گواه		بیمار		نمره t	سطح معنی داری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
N	عصبیت ( بی ثباتی هیجانی )	۱۰۰/۲	۲۰/۶	۱۲۲/۳	۲۸/۲	-۴/۵۳	۰/۰۰۰۱
E	برونگرایی	۱۰۹/۵	۱۶/۲	۱۰۰۰/۷	۱۷/۷	۲/۶۱	۰/۰۱
O	بازبودن به تجربه ها	۱۰۵/۳	۱۳/۷	۹۵/۹	۱۴/۹	۳/۳	۰/۰۰۱
N1	اضطراب	۱۷/۱	۴/۸۳	۲۲/۱	۶/۱۳	-۴/۵	۰/۰۰۰۱
N2	خشم و کینه	۱۴/۸	۶/۲۶	۲۰	۶/۴۸	-۴/۱۳	۰/۰۰۰۱
N3	افسردگی	۱۹/۱	۴/۴۸	۲۱/۷۴	۵/۰۷	-۲/۸	۰/۰۰۶
N4	احساس تقصیر	۱۷/۶	۴/۱۸	۲۲/۸	۱۵/۷	۲/۲۶	۰/۰۲۶
N5	آسیب پذیری از استرس	۱۶/۳	۴/۸۶	۱۹/۳	۵/۵۶	-۲/۸۶	۰/۰۰۵
E3	قاطعیت	۱۳/۸	۳/۹۴	۱۱/۴	۵/۱۲	۲/۶	۰/۰۱۱
E5	هیجان جویی	۱۷/۳	۵/۱۸	۱۵	۴/۵۹	۲/۴۵	۰/۰۱۶
E6	عواطف مثبت	۱۸/۳	۴/۳۸	۱۶/۴	۴/۴۴	۲/۱۱	۰/۰۳۷
O4	علاقه به فعالیتهای جدید	۱۵	۳/۱۹	۱۳/۱	۳/۷۱	۲/۷۴	۰/۰۰۷
O5	علاقه ذهنی و فلسفی	۱۶/۷	۵/۰۵	۱۴/۵	۴/۸۹	۲/۲۳	۰/۰۲۸
O6	انعطاف پذیری در ارزشها	۱۷/۶	۳/۳۲	۱۵/۳	۳/۲۶	۳/۴۳	۰/۰۰۱
A1	اعتماد	۲۰/۴	۳/۹۸	۱۸/۳	۴/۷۳	۲/۴۲	۰/۰۱۷
A6	درک دیگران	۲۰/۲	۳/۶	۲۱/۶۷	۳/۳۸	-۲/۰۴	۰/۰۴۴

## بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی تفاوت‌های شخصیتی

بیماران مبتلا به اختلال هراس و افراد بهنجار اجرا

گردید. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا

به اختلال هراس ویژگی‌های شخصیتی گروه سوم اختلالات شخصیت بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV را دارا بوده و بیشتر به نوع اختلال شخصیت اجتنابی از این گروه نزدیک می‌باشند. این یافته‌ها مؤید نظر بروکز و همکاران (۱۹۸۹)، ریخ و همکاران (۱۹۸۷) می‌باشد. از سوی دیگر برخی از پژوهشگران نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال هراس تفاوت معنی‌داری را در ویژگی‌های شخصیت با گروه گواه نشان ندادند (یاگر و جیتلین، ۱۹۹۵؛ میو و همکاران، ۱۹۹۶؛ ابی و همکاران، ۱۹۹۵). یکی از دلایل تناقض ممکن است به نوع ارزیابی بازگردد. فرم تجدیدنظرشده آزمون نئو امکان بررسی جامع شخصیت را بدون تکیه بر جملات صریح مربوط به آسیب‌شناسی شخصیت فراهم می‌سازد. این آزمون در بررسی ویژگی‌ها و ابعاد روانشناختی شخصیت بر پرسشهای بسیار انحرافی تأکید ندارد (کاستا و مکر، ۱۹۹۲). این ویژگی وقتی متمایز می‌گردد که جمله‌های این آزمون با آزمون‌های چندوجهی شخصیت میلون<sup>۱</sup> (چوکا<sup>۲</sup> و ون‌دنبرگ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷) و ام - ام - پی - آی<sup>۴</sup> (هاتاوی<sup>۵</sup> و مک‌کینلی<sup>۶</sup>، ۱۹۷۹) مقایسه شود.

در بررسی حاضر نشان داده شد که بیماران مبتلا به اختلال هراس در ویژگی‌های یادشده در کتابچه فرم تجدیدنظرشده آزمون نئو (کاستا و مکر، ۱۹۹۲) نسبت به گروه گواه (بدون سابقه اختلال روانپزشکی) متفاوت می‌باشند.

با توجه به ویژگی‌های پیشنهادی کاستا و مکر (۲۰۰۰) و ضوابط تشخیصی موجود، این ویژگی‌ها به گروه سوم اختلال‌های شخصیت مربوط می‌شوند. از جمله اختلال‌های شخصیت می‌توان از ویژگی‌های شخصیتی اجتنابی نام برد. اما نشانه‌های این اختلال، با ویژگی‌های شخصیت وابسته نیز تداخل دارند.

همچنین آقایان احسان و پویان حق‌شناس که در امور رایانه پژوهشگران را یاری دادند قدردانی و سپاسگزاری می‌گردد.

## منابع

حق‌شناس، حسن (۱۳۷۸). هنجاریابی آزمون شخصیتی نئو. فرم تجدیدنظرشده. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۴، ۴۷-۳۸.

Abby, S. B., Salvatore, M., & Jeremy, D. C. (1995). Panic disorder and agoraphobia. In H. I. Kaplan, B. J. Sadock (Eds.): *Comprehensive textbook of psychiatry* (6<sup>th</sup> ed.), Philadelphia Williams and Wilkins.

Argyle, N., Roth, M. (1989). The phenomenological study of 90 patients with panic disorder part II. *Psychiatry Development*, 3, 187-209.

Brooks, R. B., Baltazar, P. L., & Munjack, D. J. (1989). Co-occurrence of personality disorder with panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 259-285.

Choca, J. P., & Van Denburg, E. V. (1997). *Interpretive guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Washington: American Psychological Association.

Costa, P. T., & McRae, J. (1992). *NEOPI-R: Professional manual*. Florida: PAR.

Costa, P.T., & McRae, J. (2000). Approach drive from philosophy and psychology. In B. J. Sadock (eds.): *Comprehensive textbook of psychiatry*. (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Williams and Wilkins.

## سپاسگزاری

از خانم زهرا سینیایی که در تکمیل آزمون‌ها،

- 1- Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)
- 2- Choca
- 3- Van Denburg
- 4- Minnesota Multiphasic Personality Inventory
- 5- Hathaway
- 6- McKinley

- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1967). *Minnesota Multiphase Personality Inventory manual*. New York: Psychological Corporation.
- Hollifield, M., Katon, W., Skipper, B., Chapman, D., Ballenger, J. C., & Mannuzza, S. (1997). Panic disorder and quality of life variables predictive of functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 154, 766-772.
- Meyerson, R., Gelder, M., Gath, D., & Cowen, P. (1996). *Oxford textbook of psychiatry*. (3<sup>rd</sup> ed.). Oxford University Press.
- Rader, B., Evans, R. W., & Manninen, D. L. (1990). The quality of life of hemodialysis recipients treated with recombinant human erythropoietin. *Journal of American Medical Association*, 263, 825-830.
- Riech, J., Noyes, R. J., & Troughton, E. D. (1987). dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patient with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 323-326.
- Roth, M. (1996). The panic-agoraphobia syndrome: A paradigm of anxiety group of disorder and its implications for psychiatric practice and therapy. *American Journal of Psychiatry*, 153 (July suppl.), 111-124.
- Yager, J., Gitlin, S. I. (2000). Clinical manifestations of psychiatric disorder. In H. I. Kaplan, B. J. Sadock (Eds.): *Comprehensive textbook of psychiatry*. (7th ed.). Philadelphia: Williams and Wilkins.